

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No
837

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert-Max JOUFFROY

Né le 9 Avril 1907, à BEAUNE (Côte-d'Or)

Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES NÉVRALGIES LARYNGÉES

ET DE

LEUR TRAITEMENT

Président : M. F. LEMAITRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DÉLAVIGNE, 2

1935

818

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Albert-Max JOUFFROY

Né le 9 Avril 1907, à BEAUNE (Côte d'Or)

Ancien Externe en 1^{er} des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES NÉVRALGIES LARYNGÉES

ET DE

LEUR TRAITEMENT

Président : M. F. LEMAITRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935



Doyen G. ROUSSY

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	Maur. VILLARET
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	MARION.
Clinique de la Tuberculose	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	COUVELAIRE.
Professeurs sans chaire	JEANNIN.
	N...
	OMBREDANNE
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	BEZANCON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri..	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOL..	Obstétrique.
DE GAUDART ..	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU.	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENTOT	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de filiale affection.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur LEMAITRE
Officier de la Légion d'honneur
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Avec l'expression de mes très respectueux sentiments.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur HALPHEN

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a inspiré cette thèse et dont les
conseils m'ont été très précieux.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma vive
reconnaissance, de ma profonde admira-
tion et de mon respectueux dévouement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

1926-27 : M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

Externat :

1927-28 : M. le Docteur MOUCHET
1928-29 : M. le Professeur LENORMANT
M. le Professeur VAQUEZ
1929-30 : M. le Docteur LÆDERICH
1930-31 : M. le Docteur CROUZON

Externat en Premier :

1931-32 : M. le Docteur ROUHIER
M. le Docteur JANET

INTRODUCTION

La névralgie laryngée dont l'étude fait l'objet de ce travail n'est pas une affection de découverte récente. Elle est au contraire connue depuis longtemps. Nos recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de déterminer avec exactitude quand et par qui l'observation princeps en fut publiée, mais il n'est pas de traité classique à peu près complet qui ne lui réserve une place, aussi modeste soit-elle, dans la pathologie du larynx. Voici ce qu'en disent les différents ouvrages que nous avons consultés : la névralgie laryngée, par laquelle il faut entendre la névralgie du nerf laryngé supérieur, est une affection rare qui peut s'observer en dehors de toute lésion du larynx. Le froid en est la cause principale, ainsi que la grippe. Dans certains cas, elle est réflexe et secondaire à une lésion du cavum ou pharynx. Elle se traduit cliniquement par une douleur de gorge unilatérale, continue ou évoluant par accès, localisée par le malade au niveau de la grande corne de l'os hyoïde et irradiant à l'oreille. La pression digitale réveille l'algie en un point précis, entre la grande corne de l'os hyoïde et l'aile du cartilage thy-

roïde. Le traitement à lui opposer associe les médications sédatives aux agents physiques : air chaud, révulsions, électricité.

Telle est dans ses grandes lignes la conception que les auteurs classiques se font de la névralgie laryngée. Affection rare, elle est aussi mono-symptomatique, puisque purement douloureuse, son traitement est celui de toutes névralgies, quel qu'en soit le siège. Sur ces différents points, tous les classiques sont d'accord.

Cependant il ressort de travaux plus récents que cette conception est sans doute erronée et ne correspond pas à la réalité des faits. On en a revisé tour à tour les différents éléments. On a commencé par élargir le cadre de l'affection ; en 1923, à propos d'une observation présentée par MAX LÉVY à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, notre Maître, M. le Docteur HALPHEN, insiste sur le fait que la douleur ne résume pas toute la symptomatologie de la névralgie laryngée. La toux spasmodique en est un autre signe. Il n'est pas jusqu'à l'ictus laryngé essentiel qui ne puisse, au moins dans certaines de ses formes, reconnaître la même origine. L'année suivante, une épidémie de grippe lui donne l'occasion d'observer de nombreux cas de « douleurs angineuses sans angine » et de toux quinteuses qui semblent bien être le fait de névralgies du laryngé supérieur. En 1925 encore, il publie, en même temps qu'un certain nombre d'observations, une étude détaillée de l'affection, donnant de son étiologie et de son mécanisme physio-patholo-

gique une explication nouvelle. Et, dans ces publications successives, il montre les heureux résultats que l'on peut attendre de méthodes thérapeutiques ayant déjà fait leurs preuves dans d'autres affections, mais dont il est le premier à proposer l'emploi contre la névralgie laryngée : Sympathicothérapie ou alcoolisation du laryngé supérieur, selon les cas.

Or, pendant les deux années que nous avons passées dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital St-Louis, nous avons pu suivre un certain nombre de malades auxquels, sur les conseils de notre Maître, ce traitement fut appliqué. Les effets en furent décisifs, comme on pourra s'en rendre compte par la lecture de nos observations. L'alcoolisation, en particulier, ne nous a jamais donné d'échecs, elle a réussi à faire céder les formes les plus rebelles de névralgie laryngée.

Notre dessein, en commençant ce travail, était de nous borner au simple exposé de ces méthodes thérapeutiques, de leurs indications respectives et de leurs résultats. Ultérieurement, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile de reprendre dans son ensemble l'étude de la névralgie laryngée et d'en faire la mise au point, en tenant compte des derniers apports dont elle a bénéficié ; ceux-ci, en lui imprimant de nouveaux caractères, lui donnent un regain d'intérêt.

Nous poursuivrons notre exposé de la façon suivante : après un bref rappel anatomique et physio-

logique du laryngé supérieur et du sympathique laryngé, nous passerons à l'étude proprement dite des névralgies. Nous envisagerons d'abord les problèmes étiologiques et pathogéniques qu'elles soulèvent, puis nous en ferons la description clinique. Le diagnostic en étant posé, nous verrons le traitement à leur appliquer.

Chemin faisant, nous citerons les différents auteurs auxquels nous avons été amené à faire de plus ou moins larges emprunts. On en trouvera d'ailleurs la liste à la fin de ce travail.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU NERF LARYNGÉ SUPÉRIEUR

Septième branche collatérale du pneumogastrique, le nerf laryngé supérieur se détache, au-dessous de la base du crâne, dans l'espace sous-parotidien postérieur, du pôle inférieur du ganglion plexiforme, au niveau de sa face interne. Après un trajet oblique en bas et en avant qui dessine une courbe légère, à concavité antéro-supérieure, il se termine au niveau de la grande corne de l'os hyoïde en se divisant en deux branches.

A son origine, il est très profond, situé en dehors et un peu en arrière de l'angle du pharynx, appliqué contre la carotide interne. De celle-ci le nerf contourne successivement les faces postérieure et interne pour atteindre la région carotidienne supérieure.

Là encore, il est profond. Il est en effet plaqué contre la paroi interne de la région, c'est-à-dire le pharynx, et il se met successivement en rapport avec deux de ses éléments musculaires, le constricteur supérieur, puis le constricteur moyen.

De plus, il est recouvert par une série de plans vasculo-nerveux, à savoir : de la profondeur à la superficie, les carotides interne et externe, celle-ci

n'affectant de rapport direct avec le nerf que par l'origine de ses branches linguale et faciale ; puis la courbe du grand hypoglosse qui, dans quelques cas, peut descendre aussi bas que celle du laryngé supérieur ; enfin l'énorme plan veineux que constitue le tronc thyro-linguo-facial, affluent de la veine jugulaire interne.

Pour ces deux raisons, sa profondeur et ses rapports, le nerf est inabordable dans ses deux premières portions.

Signalons qu'il a abandonné chemin faisant un rameau collatéral né près de son origine, cheminant contre la face profonde de la carotide interne et destiné au corpuscule rétro-carotidien.

Le nerf se termine dans la région de la grande corne de l'os hyoïde, mais en un point très variable, tantôt proche de la corne, tantôt au-dessous d'elle, tantôt et le plus souvent au-dessus (HOVELACQUE).

Il se divise alors en deux branches : l'une, l'inférieure, est sensitivo-motrice. C'est le nerf laryngé externe, rameau grêle, qui chemine sur la face externe du constricteur inférieur, puis atteint le muscle crico-thyroïdien et lui donne un filet moteur et se termine enfin dans la région sous-glottique du larynx à laquelle il donne une innervation sensitive qui se prolonge vers la muqueuse de la trachée.

La branche supérieure, antérieure, est la plus volumineuse, la véritable continuation du tronc : purement sensitive, elle constitue le laryngé supérieur proprement dit. C'est à son niveau que se pratiquent

les injections thérapeutiques. C'est dire l'intérêt qu'il y a à le bien connaître et à le bien situer.

Suivant un trajet presque horizontal, le nerf chemine à peu près parallèlement à la grande corne de l'os hyoïde, au-dessous d'elle, dans l'espace thyro-hyoïdien, appliqué sur la membrane thyro-hyoïdienne.

Il est recouvert en dehors par la crosse de l'artère thyroïdienne supérieure, dans les cas où elle s'avance jusque-là, et par l'artère laryngée supérieure issue de cette crosse. Ces artères sont accompagnées par des veines satellites.

Les plans de couverture sont ceux que, dans les injections du nerf, l'aiguille devra traverser ; la peau, un tissu cellulaire dont l'épaisseur varie selon les sujets, le peaussier, puis le plan des muscles omo-hyoïdiens et sterno-cléido-hyoïdien accolés, enfin, vers la ligne médiane, le muscle thyro-hyoïdien.

Enfin, le nerf, toujours accompagné de son artère homonyme, parvient à son point de pénétration laryngée. Il perfore la membrane thyro-hyoïdienne en arrière du muscle thyro-hyoïdien ou tout contre son bord postérieur, quelquefois même après s'être insinué sous lui.

La perforation siège, pour certains auteurs, à mi-hauteur de la membrane, pour d'autres un peu plus bas, à l'union de ses tiers moyen et inférieur, en tout cas en un point situé à trois centimètres de la ligne médiane, à un centimètre en avant de la grande corne.

Au point de pénétration ou bien le nerf est déjà

divisé en plusieurs rameaux, ou bien il n'est pas encore ramifié, mais déjà aplati.

Devenu intra-laryngé, il apparaît sous la muqueuse de la gouttière laryngo-crico-hyoïdienne, à la base des replis aryténo-épiglottiques et s'épanouit en deux groupes de rameaux terminaux :

Les filets antérieurs se distribuent aux deux faces de l'épiglotte et atteignent la base de la langue. Le territoire lingual, comme ZANDER l'a précisé, est large de un centimètre environ, et se prolonge en avant jusqu'au milieu de la racine de la langue où il chevauche celui du glosso-pharyngien.

Les filets postérieurs, plus nombreux, se distribuent à la muqueuse à la portion sus-glottique du larynx et aussi à sa portion sous-glottique (COLLET). Les derniers filets postérieurs atteignent la muqueuse pharyngée qui tapisse la face postérieure des cartilages aryténoïde et cricoïde. Enfin, un filet descendant s'anastomose avec un filet ascendant du récurrent pour constituer l'anse de GALIEN.

De ces considérations, il résulte que le laryngé supérieur est presque uniquement sensitif : il innerve la muqueuse du larynx, sur toute sa hauteur, par des filets dont les dernières ramifications sont extrêmement nombreuses, fines et richement anastomosées entre elles. La richesse de cette innervation explique l'extrême sensibilité de la muqueuse du larynx et la vivacité avec laquelle elle réagit à la moindre excitation. Il suffit en effet de toucher l'épiglotte avec un

porte-coton, par exemple, pour éveiller le réflexe tussigène. Celui-ci s'explique de la façon suivante : le laryngé supérieur, nerf sensitif centripète, transmet son excitation au bulbe, centre de l'arc réflexe et de là au nerf moteur.

Or, la physiologie nous apprend que si, d'une façon ou d'une autre, on réalise la section du laryngé supérieur, on interrompt l'arc réflexe : la toux ne se produit plus. On peut donc en inférer que le nerf laryngé supérieur est le nerf de la toux.

Par contre, la section du nerf n'entraîne que très peu de troubles moteurs, rien qu'une légère dysphonie, ce qui s'explique aisément : son rôle moteur se borne en effet, nous l'avons vu, à l'innervation du crico-thyroïdien, muscle tenseur de la corde vocale. Encore ne l'assure-t-il qu'en collaboration avec l'inconstant nerf laryngé moyen. Tous les autres muscles du larynx sont innervés par le récurrent.

Telle est du moins la conception classique de l'innervation du larynx : on voit que celle-ci est entièrement assurée par le pneumo-gastrique dont les deux branches sont : l'une sensitive, le laryngé supérieur, l'autre motrice, le récurrent.

Certains auteurs modernes en donnent une interprétation différente : ils tiennent le pneumo-gastrique pour un nerf purement sensitif ; s'il véhicule des fibres motrices, ce sont celles du spinal bulbaire qui ne font que s'accoler à lui pour se rendre au larynx. Ainsi est constitué un tronc vago-spinal : le pneumo-gastrique reste le nerf sensitif du larynx qu'il aborde

par la voie supérieure, mais le spinal en est le nerf moteur par la voie inférieure.

Que l'on adopte l'une ou l'autre de ces deux opinions, on laisse à chacun des nerfs laryngés leur spécialisation bien tranchée : le supérieur est sensitif, l'inférieur, moteur. Cette opposition n'est pas admise par tous les anatomistes : certains, et notamment EXNER, ne l'acceptent pas et pensent que le laryngé supérieur contribue largement à l'innervation motrice du larynx en même temps que le récurrent à son innervation sensitive. Au reste, la majorité des auteurs actuels, adoptant une opinion éclectique, reconnaît qu'en effet il est peu probable que les deux nerfs soient aussi distincts qu'on le pensait autrefois : ils paraissent au contraire richement anastomosés. On ne saurait cependant, dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, affirmer la participation du récurrent à l'innervation sensitive du larynx, surtout en ce qui concerne ses branches intra-laryngées qui paraissent bien purement sensitives. Les observations cliniques confirment la justesse de cette façon de voir : la névralgie du laryngé supérieur ne s'accompagne à peu près d'aucun déficit moteur, pas plus que ne s'accompagne de troubles sensitifs la paralysie récurrentielle.

Si le laryngé supérieur affirme ainsi sa prédominance sensitive, il joue encore un rôle important dans l'innervation vaso-motrice du larynx. Il présente en effet d'étroites connexions avec le sympathique : il naît au niveau du ganglion plexiforme où s'entremê-

lent les systèmes sensitif et sympathique ; il échange près de son origine, une anastomose constante et importante avec le ganglion cervical supérieur ou le nerf cardiaque supérieur du sympathique. Enfin, expérimentalement, la section du nerf entraîne « une hyperhémie laryngée accentuée, au niveau de la muqueuse arythénoïde et de la face linguale de l'épiglotte » (HÉDON), c'est-à-dire des modifications d'ordre sympathique. Le laryngé supérieur semble donc amener au larynx une quantité importante de fibres sympathiques : là encore, il s'oppose au récurrent, nerf purement moteur.

Telles sont les conclusions communément admises à la suite des travaux de VULPIAN publiés dès 1875 et poursuivis ultérieurement par le Professeur HÉDON. Cependant, récemment, le Professeur TERRACOL reprenant la question, cette fois du point de vue histologique, a montré que les deux nerfs laryngés présentent la même quantité de fibres amyéliniques, ce qui semblerait démontrer l'égalité anatomique au point de vue sympathique des deux nerfs.

Ce problème, d'un intérêt certain, semble donc encore loin d'être résolu. Pour nous, sans prétendre avoir sur cette question une opinion formelle, nous retiendrons simplement que d'étroits rapports s'établissent entre sympathique et laryngé supérieur.

ÉTIOLOGIE

Au moment d'aborder l'étude des causes de la névralgie laryngée, il importe de bien séparer de cette affection les algies symptomatiques qui sont le fait habituel de la plupart des maladies organiques du larynx : celles-ci, lésant toujours la muqueuse laryngée, en altèrent plus ou moins le réseau sensitif si richement ramifié ; elles en irritent les nombreux filets, ou les compriment ou les corrodent. La douleur, dans ces différents cas, s'explique alors aisément, et le seul examen du larynx au miroir suffit à en reconnaître l'origine.

Dans la névralgie laryngée, rien de tel ; bien au contraire, le propre de cette affection est de ne jamais comporter de lésions du larynx ; l'organe est toujours normal, sa muqueuse intacte. S'il peut quelquefois paraître rouge et congestionné, il ne faut voir là, nous y reviendrons, qu'un symptôme accessoire et nullement nécessaire, qu'une conséquence mécanique des efforts de toux auxquels il est soumis ; et sa signification n'est pas différente de celle que prend, par exemple, l'ulcération du frein de la langue dans la symptomatologie de la coqueluche. La douleur

n'est pas due à l'irritation du larynx ou des terminaisons du laryngé supérieur, c'est le tronc même du nerf qui est atteint, soit organiquement, soit fonctionnellement.

Quelle est la nature de cette atteinte et quelle est sa cause ? Comment expliquer les troubles par lesquels elle se manifeste ? Deux questions à quoi nous allons tenter de répondre. Le meilleur moyen pour cela est de ne pas s'écarter des données cliniques et de mettre à profit les enseignements qu'on en peut tirer ; c'est l'examen du malade, nous allons le voir, et l'étude de son passé morbide qui nous permettront le plus facilement de trouver chez lui des indices susceptibles de donner, en même temps que la clef du diagnostic étiologique, des indications sur le traitement à pratiquer.

Si l'on mène ainsi l'enquête, elle permet en général une première constatation : c'est à l'occasion d'une grippe que l'affection a éclaté. Pendant un ou plusieurs jours, le malade a eu de la fièvre, il s'est plaint de céphalée, de courbatures, de fatigue générale, puis ses troubles ont régressé ; c'est alors que sont apparues la douleur laryngée et la toux. Les modalités de cette épisode infectieux initial varient naturellement avec chaque malade et ce que nous venons d'en dire n'a que la valeur d'un schéma ; il peut être beaucoup moins net et se manifester seulement par une ascension thermique éphémère et peu marquée ; quelquefois, il passe complètement

inaperçu. Retenons seulement qu'il s'observe dans bien des cas et souvent avec évidence : cela permet d'affirmer que la névralgie laryngée, quand elle survient après une grippe, n'est que la traduction clinique d'une névrite grippale. Il n'y a là rien de surprenant quand on connaît la fréquence et la multiplicité des atteintes névritiques au cours de la grippe. Le laryngé supérieur en reste une localisation rare, mais tout à fait comparable aux autres ; l'existence de la fièvre fait la preuve de l'infection, la douleur et la toux, celle de l'atteinte du laryngé supérieur que confirme d'autre part l'hyper-sensibilité du nerf à la palpation.

Cependant, quelle que soit l'importance de son rôle, la grippe ne saurait expliquer tous les cas de névralgie laryngée, elle ne constitue qu'une cause parmi plusieurs, elle n'occupe sûrement pas la première place dans l'étiologie des cas que nous allons maintenant étudier : les sympathalgies.

On connaît leur mécanisme physio-pathologique, il est le même quel que soit le siège des troubles observés. Une lésion irritative, agissant sur le sympathique en un point quelconque de l'organisme provoque des troubles d'ordre réflexe, des crises douloureuses habituellement, accompagnées ou non d'autres manifestations passagères, vaso-motrices ou sécrétoires. Ainsi est réalisé un véritable état de déséquilibre neuro-végétatif que l'on fera disparaître, soit par la destruction de la lésion, soit en agissant directement

sur le sympathique pour en diminuer l'excitabilité anormale.

Or, l'étude clinique de nos malades nous permet de découvrir fréquemment chez eux les signes de ce déséquilibre, de cette irritabilité sympathique. L'allure de leurs crises douloureuses et tussigènes est, à ce point de vue, souvent caractéristique. La douleur peut prendre le type de picotements, de brûlures, de causalgie ; la toux d'autre part s'accompagne de rougeur de la face, de larmoiements, d'hyrorrhée nasale. Le pharynx est souvent le siège d'une hyperhémie passagère d'ordre sympathique, dont la variabilité est typique. L'étude de certains réflexes est également démonstrative. « Le réflexe naso-facial est très accentué, l'attouchement avec un liquide légèrement caustique de la queue du cornet moyen provoque du larmoiement, une abondante hyrorrhée nasale. La conjonctive rougit et s'injecte La peau du lobule nasal et du front devient nettement ecchymotique » (HALPHEN). Ces malades ont souvent, de plus, un passé morbide chargé ; certains ont déjà présenté de la céphalée ou des migraines, d'autres font chaque été, du rhume des foins, d'autres encore accusent des troubles vagues, des algies multiples de siège incertain, d'allure variable, de caractère difficile à définir. Et la névralgie laryngée n'apparaît chez eux que comme un épisode, le dernier en date, faisant partie d'une série plus ou moins longue de troubles variés mais de même nature.

Il ne suffit pas d'établir l'existence de l'instabilité neuro-végétative, il faut aussi tenter de l'expliquer par la découverte de la lésion qui l'entretient, lésion dont la suppression, si elle est possible, ramènera l'organisme à son équilibre provisoirement détruit.

Elle affecte un siège très variable mais occupe souvent le nez ou le pharynx ; aussi l'examen de ces deux cavités devra-t-il être pratiqué en premier lieu et mené avec soin. On peut découvrir par exemple, dans une fosse nasale, un cornet moyen volumineux ou un polype muqueux s'écrasant contre la cloison et comprimant les filets sympathiques à leur sortie du trou sphéno-palatin. Dans le pharynx, les lésions les plus minimes peuvent également jouer un rôle : hypertrophie des amygdales linguales ou palatines, brides, malformations vélo-palatines, etc... Ces lésions disparates ont toutes le même effet : elles entretiennent une irritation permanente de la muqueuse contiguë et créent ainsi de véritables zones d'hyper-sensibilité que l'examen au porte-coton n'a pas de peine à localiser ; dès que la pointe de l'instrument vient à leur contact, le malade présente une reprise de la toux et de la douleur. Dans ces cas donc, le nez ou le pharynx est bien le point de départ de la névralgie réflexe et il suffit d'en traiter les lésions pour faire disparaître les troubles laryngés.

Mais cette épine irritative n'est pas toujours aussi apparente ni aisément curable. Souvent son siège est lointain, par exemple au niveau d'un viscère abdominal ou pelvien, foie ou utérus, estomac ou trompe.

Elle peut aussi être le fait de lésions de ganglions cervicaux, ou de tumeurs de natures diverses comprimant le sympathique cervical. Le Professeur TERRACOL, étudiant un cas de névralgie du glosso-pharyngien, affection comparable sur plus d'un point à la névralgie laryngée, a pu démontrer qu'il s'agissait d'une sympathalgie qui trouvait sa source dans un processus de spondylose, développée aux dépens de la cinquième vertèbre cervicale ; la radio montra qu'il existait à ce niveau « dans le prolongement de l'angle antéro-inférieur de la vertèbre un petit îlot ostéophytique ne paraissant pas adhérer au corps vertébral ». Bref, il s'agissait d'ostéo-arthrite de la colonne cervicale, comprimant le rameau communicant sympathique de la vertèbre correspondante et réalisant un syndrome cervical postérieur. La malade fut soumise à un traitement diathermique et la rapidité des résultats obtenus confirma le diagnostic. Dans les considérations pathogéniques, faisant suite à cette observation, l'auteur ne manquait pas d'émettre l'hypothèse que les sympathalgies laryngées, qui ne font pas leurs preuves, doivent reconnaître une origine analogue. C'est là une hypothèse très séduisante, fort logique, mais dont la preuve n'a pas encore, que nous sachions, été faite.

Au reste, le groupe des névralgies laryngées dites essentielles est encore important ; dans bien des cas, les investigations cliniques les plus minutieuses demeurent stériles, la véritable nature de la maladie

reste insoupçonnée et on ne peut que formuler des conjectures. L'une d'elles, qui nous semble plausible, nous est suggérée par la constatation d'un fait anatomique particulier : au cours de son trajet, le nerf laryngé supérieur perfore la membrane thyro-hyoïdienne pour pénétrer dans le larynx ; l'orifice ainsi créé est étroit, limité par un bord tranchant qui s'applique exactement contre le nerf. Dans ces conditions, il est légitime d'admettre qu'une altération de la membrane, même minime, puisse retentir sur le nerf ; qu'il y ait ou bien rétraction ou bien simple inflammation du tissu fibreux qui la compose, le calibre de l'orifice nerveux en sera diminué, d'où compression, étranglement ou tiraillement du nerf. Une véritable névrodocie serait ainsi réalisée, comparable à celle qu'on observe dans maints cas de névralgies d'autres nerfs, notamment celles du trijumeau ou du sciatique. Une différence pourtant les sépare : trijumeau et sciatique traversent tous deux des canaux osseux alors que le laryngé supérieur se borne à perforer une membrane fibreuse. L'analogie n'en est pas moins frappante et nous paraît mériter d'être mise en évidence.

ÉTUDE CLINIQUE

La névralgie laryngée s'observe sans distinction de sexe chez l'adulte et le vieillard. Comme nous l'avons montré au chapitre précédent, elle apparaît à l'occasion d'une grippe, ou éclate spontanément chez un sujet jusque-là sain.

Tantôt elle revêt la forme d'une affection isolée, tantôt elle n'est qu'un élément dans un complexe pathologique fait d'algies multiples qui reconnaissent toutes la même origine.

Elle réalise des types cliniques variables dans leur allure et leur importance, mais ses deux manifestations principales sont la douleur et la toux. Ce sont elles qui traduisent le plus clairement l'atteinte du laryngé supérieur, nerf sensitif et tussigène.

La douleur laryngée.

1° Sa qualification est, en général, facile à préciser.

La douleur survient d'ordinaire par crises de plus ou moins longue durée, plusieurs heures en général, pendant lesquelles le malade ne cesse de souffrir. Ces crises s'accompagnent de renforcements douloureux

à progression et régression lentes. Bien qu'elles ne soient pas très violentes, elles sont cependant fort pénibles.

Mais ce n'est là que son aspect le plus fréquent : les sensations qui la traduisent sont, en effet, multiples et les malades ont chacun leur façon de les décrire : fourmillement laryngé, picotement ; constriction ou même brûlures s'étendant en traînée de la base de la langue au sternum. Ces sensations imprécises relèvent en général de sympathalgies.

2° Elle n'est pas strictement localisée au territoire du laryngé supérieur.

Sans doute, elle présente sa plus grande intensité au niveau du larynx : elle est à la fois superficielle, péri-laryngée et profonde, pharyngée (ce dernier caractère peut, avant tout examen, faire penser à une angine), mais elle fait aussi des irradiations : les unes, inconstantes et imprécises, atteignent indistinctement la nuque, le dos, la poitrine, les épaules ; l'autre s'observe presque toujours : elle se fait vers l'oreille du côté malade, en suivant le trajet du rameau auriculaire du pneumogastrique qui va au conduit auditif externe. Cette otalgie, que n'explique aucune lésion de l'oreille, prend du fait de sa quasi-constance une grosse valeur diagnostique.

La névralgie laryngée est unilatérale dans la plupart des cas. Lorsqu'elle est double, ce qui est rare, il s'agit de deux névralgies indépendantes se manifestant séparément.

3° Toutes les causes de mobilisation du larynx, active ou passive, la réveillent.

La phonation accroît la douleur. Le malade parle donc le moins possible : il devient phono-phobique. D'ailleurs la voix, si d'ordinaire elle est normale, peut par exception subir des faux-pas, « brusquement dans un effort vocal, le malade s'enroue et ne peut plus émettre aucun son. Ce faux-pas ne dure pas » (HALPHEN). Il relève d'une déficience momentanée de la corde vocale du côté atteint, le laryngé supérieur émettant, nous l'avons vu, un filet pour le muscle crico-thyroïdien, tenseur de la corde vocale.

La déglutition à vide, la mobilisation du larynx à la palpation sont, elles aussi, douloureuses. Par contre, le passage d'un bol alimentaire quelconque peut calmer la douleur.

4° L'examen objectif ne permet qu'une constatation constamment positive : la découverte sur le trajet du nerf d'un point douloureux. La palpation appuyée avec un seul doigt, localise celui-ci au milieu de la ligne qui réunit la grande corne de l'os hyoïde et la corne du cartilage thyroïde. Cette manœuvre réveille la douleur laryngée et l'otalgie : elle déclenche aussi la toux.

Les autres investigations restent négatives; l'oreille sensible n'offre rien de pathologique ; le larynx est normal d'aspect et de fonctionnement, il n'y a pas de laryngite. Par contre, il n'est pas exceptionnel de constater l'existence d'une rougeur diffuse sur la mu-

queuse du pharynx : elle aussi pourrait faire croire à une angine. Cependant sa variabilité d'un examen à l'autre, ses alternances de disparition et de retour, l'inefficacité du traitement appliqué contre cette pseudo-pharyngite indiquent de la considérer plus tôt comme un trouble vaso-moteur, une hyperhémie sympathique. Il n'y a jamais d'angine vraie, la névralgie laryngée est « un mal de gorge sans angine ».

La toux.

Elle peut exister seule ou manquer au contraire. Dans la règle, toux et douleur marchent de pair.

1° La moindre excitation la réveille : inhalation de fumée de tabac, passage brusque du chaud au froid ou inversement, etc... Expérimentalement, chez ces malades hypersensibles, on peut la provoquer par différentes manœuvres tout à fait inoffensives chez les sujets normaux, par exemple : la palpation du laryngé supérieur, l'introduction d'un porte-coton dans les fosses nasales ou le conduit auditif externe.

2° D'ordinaire elle évolue par accès.

Une démangeaison, un chatouillement laryngé l'annoncent : ils provoquent le besoin de tousser, besoin absolument irrésistible auquel le malade est contraint de se soumettre : il se met à tousser sans arrêt, d'une toux quinteuse, parfois coqueluchoïde ; son facies se congestionne, ses yeux s'injectent et larmoient, il

présente une hydroporrhée nasale abondante. Au bout d'une demi-heure, quelquefois, la toux cesse enfin, suivie ou non du rejet de quelques glaires. Il est rare que sa violence entraîne une hémoptysie, par rupture d'un petit vaisseau laryngé ou pharyngé.

La fréquence des accès est très variable ; ils surviennent en général toutes les 2 ou 3 heures. Ils réalisent en se groupant des crises durant plusieurs jours qui ménagent entre elles des périodes d'accalmie de durée plus ou moins longue.

Mais la toux peut ne pas se présenter sous la forme d'accès : c'est alors un simple hémhage continu, irritant, justifié ou non par le besoin de cracher.

3° Là encore l'examen clinique donne peu de renseignements objectifs.

A l'auscultation, le poumon est normal, ce que confirmerait la radio ; on peut donc affirmer que la toux n'est pas d'origine pulmonaire.

On examine alors le larynx.

Tantôt, il est absolument normal : pas de troubles fonctionnels, pas de lésions organiques, la muqueuse est saine : seul, le réflexe tussigène obtenu en amenant le porte-coton au contact des cordes est plus violent que de coutume.

Tantôt, la muqueuse est rouge et les cordes congestionnées : on penserait volontiers à un début de laryngite. Il n'en est rien cependant, et des examens ultérieurs le démontreront ; la congestion du larynx est un phénomène purement mécanique dû aux efforts

de toux répétées et une accalmie un peu prolongée suffira à le faire disparaître.

Un seul symptôme s'observe toujours qui, étant donné l'absence de lésion laryngée, fait faire à coup sûr le diagnostic de névralgie du laryngé supérieur : la douleur à la palpation du nerf. Là, comme précédemment, c'est le signe fondamental, le seul signe de certitude.

Cette première constatation étant faite, la nature de l'affection étant reconnue, on poursuit l'examen par la recherche des causes qui l'entretiennent. Nous savons que toux et douleur ne sont souvent que la traduction clinique d'une irritation sympathique, elle-même sous la dépendance de lésions nasales ou pharyngées ; celles-ci déterminent au niveau des muqueuses l'existence de véritables zones d'hyper-sensibilité qu'il est important de localiser. Dans le nez, elles occuperaient surtout, d'après LERMOYEZ, l'une ou l'autre des extrémités du cornet inférieur, la tête ou la queue. La pratique nous a montré que la région le plus souvent en cause est celle de l'épanouissement même des nerfs sensitifs des fosses nasales, région contiguë à la queue du cornet moyen. Dans le pharynx, c'est surtout la sensibilité des régions amygdaliennes qu'on appréciera : amygdales linguale et palatines, fossettes, piliers du voile, etc... Ces différentes recherches s'effectuent à l'aide d'un porte-coton que l'on promène avec douceur sur les points suspects : manœuvre d'un grand intérêt puis-

qu'elle permet la localisation précise de la zone hypersensible et tussigène ; dès que le porte-coton arrive à son contact, le malade se met à tousser. A l'inverse, si l'on porte au même point une goutte d'un anesthésique quelconque, de la cocaïne par exemple, on neutralise son effet, la toux cesse, et ne réapparaît qu'après sédation de l'action du liquide.

Quelquefois, la muqueuse nasale en totalité paraît irritable : le seul frôlement du porte-coton détermine la toux, provoque la reprise de la douleur et de l'otalgie, du larmolement, de l'hydrorrhée nasale. Dans les mêmes cas, l'application intra-nasale d'un liquide caustique, aussi faible soit-il, entraîne le déclenchement d'un formidable réflexe naso-facial. Il est clair que pareil effet relève d'un déséquilibre neuro-végétatif très marqué, trouble dont la névralgie laryngée n'est que la manifestation la plus remarquable.

Quelle que soit son importance, ce déséquilibre est en général facile à déceler. Au contraire, la lésion, l'épine irritative qui le provoque peut être difficile à mettre en évidence, et souvent même passe inaperçue. Il existe pourtant des cas nets : l'examen des fosses nasales montre une hypertrophie du cornet moyen ou une polypose nasale, comprimant la cloison ; l'examen du pharynx, des amygdales mal formées, dures, tiraillées par des brides, remplies de concrétions. De telles lésions attirent évidemment l'attention et ne font pas chercher plus loin la raison des troubles observés. D'autres fois, l'examen est moins démonstratif : un cornet paraît un peu gros,

la cloison légèrement déviée, l'amygdale linguale volumineuse ; à des malformations si bénignes, il paraît légitime d'hésiter à attribuer les manifestations morbides et pourtant de leur suppression dépend, le résultat le démontrera, la suppression de la névralgie. Enfin, très souvent, nez et pharynx sont normaux, de même, naturellement que le larynx. On n'y peut reconnaître la moindre lésion. D'autre part, l'examen complet du malade reste entièrement négatif. Ces cas qu'apparemment rien n'explique, sont à ranger dans le cadre provisoire des névralgies essentielles du larynx ; leur nombre est encore important, mais les méthodes modernes d'investigation clinique, notamment la radio, en facilitant l'étude des régions profondes du cou, de la colonne cervicale, peuvent permettre la découverte d'épines irritatives jusque-là insoupçonnées. C'est une règle, commune à toutes sortes de névralgies que bien des cas d'abord obscurs, longtemps tenus comme inexplicables, finissent par livrer le secret de leur étiologie : il y a tout lieu de penser que la névralgie laryngée n'y échappe pas.

Tels sont les renseignements fournis d'ordinaire par l'examen clinique d'un malade atteint de névralgie laryngée : toux, douleur spontanée au niveau du larynx avec otalgie, douleur à la palpation du laryngé supérieur, déséquilibre neuro-végétatif évident, voilà à quoi se borne la symptomatologie habituelle. Cependant, dans certains cas rares, le tableau clinique revêt l'allure beaucoup plus dramatique de l'ictus laryngé

essentiel. Nous n'étudierons pas dans le détail ce syndrome maintes fois décrit ; chacun connaît sa physionomie si caractéristique que l'on peut schématiser de la façon suivante : le malade éprouve un chatouillement au niveau du larynx ; il tousse, son visage se congestionne et soudain il tombe sans connaissance. Il reste immobile ou présente quelques secousses dans les membres. Presque immédiatement il revient à lui, en pleine possession de ses facultés, capable de reprendre l'occupation momentanément interrompue par la crise. Il est plus intéressant d'étudier ce qui permet de le rattacher dans certains cas à la névralgie laryngée. D'abord, une première et facile constatation : tous les intermédiaires peuvent s'observer entre l'ictus complet et la quinte de toux violente qui s'accompagne de vertiges ou d'un malaise passager ; ce sont là des cas particulièrement fréquents s'observant et se succédant souvent chez le même malade, ils marquent bien ainsi le lien qui unit les formes les plus graves au plus bénignes. D'autre part, l'examen de ces malades révèle l'existence des symptômes ordinaires de la névralgie laryngée ; il n'y a pas de lésions du larynx, mais le laryngé supérieur est douloureux à son point de pénétration, le conduit auditif est hypersensible et son chatouillement provoque la toux, il y a déséquilibre végétatif comme en témoigne l'exagération constante du réflexe oculocardiaque. Enfin, du point de vue étiologique, l'ictus peut être secondaire à des lésions pharyngo-nasales, comparables à celles que nous avons reconnues à

l'origine de la névralgie laryngée : hypertrophie de l'amygdale linguale, polypose nasale, sinusite. Ces différents faits forment donc un faisceau de preuves suffisant pour affirmer que l'ictus laryngé puisse relever d'une irritation anormale et violente du laryngé supérieur, ce qui permet de le considérer comme une nouvelle manifestation de la névralgie laryngée. Et l'alcoolisation du laryngé supérieur, si fréquemment efficace dans ces cas, constitue un argument de plus en faveur de cette opinion.

Le diagnostic de la névralgie laryngée, en général facile, repose sur l'observation des symptômes précédemment étudiés. Il faut le porter chez tout malade qui présente, répétons-le, en plus d'accès de toux et d'une douleur laryngée, une hyper-sensibilité du nerf laryngé supérieur à la palpation. Mais, c'est un diagnostic d'exclusion qui ne sera accepté qu'après élimination de toute lésion susceptible d'être douloureuse, au niveau du larynx et de ses articulations. Aussi faudra-t-il toujours examiner l'organe avec soin pour s'assurer de son intégrité, condition *sine qua non* de la névralgie laryngée, telle qu'on la définit.

Au premier abord, et avant tout examen, le mal de gorge dont souffre le malade peut faire croire à une angine. Erreur qui peut persister si l'on découvre, ce qui n'est pas exceptionnel, une rougeur anormale au niveau du pharynx. Mais celle-ci n'est jamais très accusée, sa variabilité d'un jour à l'autre est très

caractéristique, enfin elle ne détermine jamais d'ascension thermique, ce qui la différencie bien des angines érythémateuses.

Si la gorge est normale, à cause de la toux et du siège de la douleur, on envisage l'hypothèse d'une laryngite, mais le larynx est intact. Un seul diagnostic mérite de retenir l'attention parce qu'il peut être délicat à trancher, parce que c'est celui d'une affection demeurée longtemps confondue avec la névralgie laryngée, le rhumatisme du larynx. Les deux maladies ont ceci de commun que la douleur en est le signe principal. Cependant la confusion ne peut guère se faire que dans les formes légères d'arthrite du larynx. Dans les autres en effet on note, ou bien des troubles respiratoires marqués dus à une sténose glottique : c'est le cas de l'arthrite crico-arythénoïdienne où l'examen révèle une diminution plus ou moins nette de la mobilité des cordes vocales, avec tuméfaction de la région arythénoïdienne, ou bien des troubles phonatoires dus à l'altération des cordes qui sont ternes, grisâtres, hors d'état de se tendre normalement : c'est le cas de l'arthrite crico-thyroïdienne. Dans les formes légères, les lésions objectives restent beaucoup plus discrètes : la douleur domine le tableau clinique ; elle est laryngée, mais aussi périlaryngée et accrue par les mouvements du larynx. Nous retrouvons là plusieurs signes de la névralgie laryngée ; mais il en est d'autres qui doivent attirer l'attention : le malade ne tousse pas, la douleur est

maximum au niveau du larynx et des articulations, alors que la palpation, en cas de névralgie, montre au contraire que ce n'est pas le larynx, mais le laryngé supérieur qui est sensible. Enfin, l'existence de lésions laryngées, visibles au miroir, plaide encore en faveur du diagnostic de rhumatisme.

Une autre affection, la névralgie du glosso-pharyngien peut simuler d'assez près la névralgie laryngée. S'observant chez les mêmes malades, reconnaissant une origine analogue, elle se traduit exclusivement par la douleur, sans se manifester par aucun signe objectif. Cette douleur est violente, souvent persistante, unilatérale, elle occupe le territoire suivant : partant de la base de la langue et de la région glosso-épiglottique, elle remonte vers le voile et le pharynx et irradie jusqu'à l'oreille. Elle est exagérée par la déglutition. Aucun déficit moteur, aucun trouble de la sensibilité gustative ne l'accompagne. Cette névralgie ne pourra donc guère être différenciée de la névralgie laryngée que par la topographie des douleurs par lesquelles elle se manifeste : celles-ci sont plus haut situées puisqu'elles occupent surtout le voile et le pharynx. Mais il est impossible de les objectiver et l'on conçoit que dans ces conditions il soit souvent difficile de porter un diagnostic exact, surtout lorsque les explications du malade sont confuses et ses réponses imprécises. Là encore, le meilleur signe en faveur de la névralgie laryngée sera la découverte d'un point douloureux sur le trajet du nerf laryngé supérieur.

TRAITEMENT

Avant d'étudier les procédés thérapeutiques dont nous proposons l'emploi contre les névralgies laryngées il ne nous paraît pas inutile de passer en revue ceux qui sont d'un usage courant aux mains des laryngologistes.

On peut les répartir en trois groupes : le premier comprend les médications d'ordre général, applicables à toutes les névralgies, quel que soit leur siège. Tous les médecins les connaissent : les plus employées sont l'aspirine, le pyramidon, la phénacétine auxquelles on substitue dans les cas tenaces l'aconitine ou les opiacés. Contre la toux, on recommande particulièrement la codéïne en sirop ou en pilules.

Au second groupe, celui des traitements locaux, ressortissent les gargarismes salicylés, les pulvérisations calmantes ou les attouchements de la muqueuse laryngée à la cocaïne au vingtième, l'auto-insufflation d'orthoforme (employé aussi en pastilles), enfin les agents physiques : le massage du larynx et de la région péri-laryngée, l'air chaud, la révulsion par pointes de feu, l'électricité. Dans ce dernier cas, on s'adresse surtout au courant continu ; « on utilisera

l'action calmante de l'anode sur les points douloureux, la cathode étant mise en communication avec la plus grande surface possible de téguments, par exemple la région dorsale » (COLLET).

A ces traitements symptomatiques, on associe, autant que faire se peut, le traitement causal dont le but est de supprimer l'épine irritative qui entretient la névralgie. C'est ainsi que l'on est amené à pratiquer, selon les cas, l'ablation d'un polype nasal, le drainage d'une sinusite, le redressement d'une cloison déviée, la cautérisation de granulations pharyngées, la discision des amygdales, etc...

Que peut-on attendre de ces différentes méthodes thérapeutiques ? Les anti-nervins généraux ne sont pas infaillibles, on le sait, et là comme ailleurs connaissent des échecs ; bien des névralgies laryngées y résistent ou ne sont améliorées que passagèrement. Le même reproche peut être adressé au traitement local dont les résultats, quel que soit le procédé employé, sont inconstants ou peu durables.

Quant au traitement causal, il constitue l'idéal et il faut en user toutes les fois qu'il est possible, mais son emploi reste lié évidemment à l'existence d'une épine irritative qu'il n'est ni toujours possible de découvrir, ni toujours aisé de détruire. Si son effet est certain, son usage est limité et ne peut s'appliquer à tous les malades.

Chacune des méthodes a donc ses défauts : l'une est insuffisante et son effet inégal, l'emploi de l'autre,

trop restreint. Ce sont là des critiques que l'on ne peut faire aux procédés que nous allons maintenant décrire : la sympathicothérapie et l'alcoolisation du laryngé supérieur.

Sympathicothérapie.

Méthode d'acquisition récente, elle se propose, en calmant l'irritabilité sympathique, de faire cesser les troubles qui en sont la conséquence.

Déjà employée avec succès dans le traitement de maints syndromes liés à un déséquilibre végétatif, tels que par exemple, le coryza spasmodique ou même le rhume des foins, elle se montre d'une égale efficacité dans celui des sympathalgies laryngées.

La méthode consiste à porter un anesthésique au contact d'une région particulièrement riche en fibres sympathiques et d'un accès facile. On emploie le liquide de BONAIN composé, comme on le sait, de cocaïne, d'acide phénique et de menthol. Un porte-coton imbibé de cette solution, et recourbé à son extrémité, est introduit dans chacune des deux fosses nasales, glissé sous le cornet moyen et enfoncé jusqu'au niveau du ganglion sphéno-palatin. Il faut aller profondément, au risque même de blesser légèrement la muqueuse du cornet moyen. Une fois en place, le porte-coton doit s'y maintenir tout seul. On l'y laisse une ou deux minutes, puis on le retire. Le malade doit alors rester étendu pendant une demi-heure pour prévenir la possibilité d'une défaillance passagère, d'ob-

servation fréquente dans les minutes qui suivent l'intervention.

Cette petite manœuvre est simple, facile à pratiquer et d'habitude bien acceptée par les malades qui, la preuve de son efficacité étant faite par des applications antérieures, finissent souvent par en réclamer de nouvelles. La plupart du temps, en effet, elle amène la sédation presque immédiate de la douleur et de la toux, en même temps qu'elle provoque, ce qui confirme son action, un réflexe naso-facial très marqué.

Il est des cas cependant où cette amélioration n'est que passagère. L'anesthésie a fait céder une crise douloureuse, mais n'a pu empêcher le retour de la suivante. Il ne faut pas hésiter dans ces cas à renouveler les attouchements, mais seulement de 3 en 3 jours et sans jamais en pratiquer plus de 6, pour ne pas faire courir au malade le danger de l'accoutumance à la cocaïne. D'ordinaire, 6 applications suffisent pour amener la guérison définitive des cas les plus rebelles.

Alcoolisation du nerf laryngé supérieur.

Historique.

Nous ne pouvons cacher cependant que la méthode connaisse des échecs. C'est qu'elle ne s'adresse qu'aux névralgies-réflexes qu'il est souvent difficile de distinguer cliniquement des névralgies-névrites. Sur

celles-ci, l'anesthésie à distance n'a pas d'action. Elle doit laisser la place à l'alcoolisation du laryngé supérieur.

La méthode.

La méthode thérapeutique, qui consiste à injecter dans un nerf sensitif une solution destinée à le détruire plus ou moins, n'est pas nouvelle.

Pourtant ce n'est qu'en 1902 que l'alcool est, pour la première fois, employé à cet usage : c'est à cette date en effet que deux auteurs français, PITRES et VERGER, appliquent l'injection d'alcool *loco dolenti* au traitement des névralgies dentaires.

Un an plus tard, SCHLOSSER, de Munich, traite de cette façon, et avec un égal succès, le tic douloureux de la face et la névralgie du trijumeau.

En 1909 enfin, HOFFMANN, de Munich, partant des heureux résultats obtenus par ses prédécesseurs, réalise l'alcoolisation du laryngé supérieur.

Depuis, la méthode a fait son chemin. Tous les laryngologistes la connaissent et la pratiquent, mais en réservent d'ordinaire l'emploi à la cure de la dysphagie de la tuberculose laryngée où elle se montre très efficace.

C'est là, à notre avis, trop limiter son action. Elle peut rendre d'autres services, et l'expérience nous a montré l'intérêt qu'elle présente dans le traitement des diverses manifestations des névralgies laryngées.

Elle permet de réaliser la section physiologique du

nerf laryngé supérieur. Nous disons bien section : il ne suffirait pas en effet d'anesthésier simplement le nerf, on n'obtiendrait pas ainsi un effet durable, c'est pourquoi les injections de cocaïne sont à rejeter. Ce qu'il faut obtenir, c'est la destruction du nerf. Celle-ci pour être efficace doit être complète ou presque complète, ce qui n'entrave en rien le fonctionnement normal du larynx ; le laryngé supérieur étant un nerf presque uniquement sensitif, sa section n'entraîne, nous l'avons vu, qu'un déficit moteur à peine marqué.

L'alcool assure bien cette destruction : des travaux de MARCHI et de FINKELBURG, il résulte que les phénomènes irritatifs et dégénératifs, constatés au niveau d'un nerf soumis à l'alcoolisation, sont à peu près de même nature que ceux qui s'observent après sa section ; ils n'en diffèrent que par leur moindre intensité et la lenteur avec laquelle ils se manifestent. Ainsi, l'alcool nous apparaît-il comme le meilleur et le plus sûr des analgésiques locaux.

Nous croyons superflu de nous étendre longuement sur les différentes techniques de l'alcoolisation du nerf ; on en trouve la description détaillée dans tous les traités, elles se partagent la faveur des laryngologistes et on pourra les employer indifféremment contre la névralgie laryngée.

L'une d'elles, celle de PAUL-BONCOUR, consiste à atteindre le laryngé supérieur par voie médiane. Elle présente, parmi plusieurs moindres avantages, celui de ne nécessiter qu'une seule piqûre de la peau, en

cas d'injections bilatérales ; mais on a rarement à pratiquer celles-ci dans la névralgie laryngée.

Personnellement, nous préférons, selon la technique de FREY, aborder le nerf par voie latérale. On prend deux points de repère : en haut la grande corne de l'os hyoïde, en bas celle du cartilage thyroïde qu'il faut faire saillir sous la peau en refoulant le larynx avec la main libre, du côté à injecter. A égale distance de ces deux points, un peu au-dessous du milieu de la droite qui les réunit, on enfonce l'aiguille, d'abord perpendiculairement à la peau, pendant les premiers millimètres, puis obliquement en dedans, jusqu'à un centimètre et demi de profondeur environ. A ce moment, l'aiguille étant assez superficielle pour qu'on n'ait pas la crainte d'avoir traversé la membrane thyro-hyoïdienne, on va par tâtonnements en imprimant de légers mouvements à l'aiguille, à la recherche du nerf. On est sûr d'être à son contact quand le malade éprouve une vive otalgie. On pousse alors l'injection, faite de 2 cm³ environ, d'alcool à 90° froid. Pendant la durée de l'injection, le malade, qu'il soit assis ou debout, ne doit ni parler ni déglutir, car les mouvements d'ascension et de descente du larynx transmis à l'aiguille risqueraient de faire dévier la pointe de celle-ci. L'opération terminée, on retire l'aiguille et on touche le point d'injection à la teinture d'iode.

A cette méthode de l'injection par voie latérale on a fait des objections qui nous paraissent injustifiées :

on lui reproche d'être dangereuse parce que la recherche du nerf s'effectue dans une région richement vascularisée, d'où le risque d'hémorragie. Ce risque nous paraît plus théorique que pratique et il ne nous a jamais été donné de l'observer. On lui reproche également l'incertitude de ses points de repère et la difficulté de trouver le nerf. Cet argument n'a de valeur que si le liquide injecté est anesthésique, ce qui n'est pas le cas de l'alcool dont l'action initiale est au contraire très irritante. C'est même là l'inconvénient principal de la méthode. Contre lui PAUL-BONCOUR propose une injection préparante d'un anesthésique tel que la novocaïne après laquelle seulement on pratiquera l'alcoolisation. Dans tous les cas, on ne manquera pas d'avertir le malade de l'accentuation possible des douleurs, accentuation violente et immédiate, mais passagère, dont la durée ne dépasse jamais 24 heures.

Les résultats.

Nous n'avons guère pratiqué ou vu pratiquer d'alcoolisation du nerf laryngé supérieur dans le cas de névralgie laryngée, que dans les formes intenses, rebelles aux autres traitements. Elle nous a semblé y donner d'excellents résultats. En effet :

— son action est immédiate, aussitôt passés les phénomènes douloureux des premières heures qui suivent l'injection, l'amélioration est manifeste ;

— son action est presque toujours complète : il nous

est difficile, étant donné le petit nombre de malades que nous avons traités et suivis, d'établir à ce sujet des statistiques précises et probantes. Dans un cas, nous avons obtenu une guérison absolue, dans un autre les quintes de toux ont persisté, mais leur nombre a beaucoup diminué. Ces résultats ont été obtenus alors que tous les traitements antérieurs avaient échoué.

Son action est prolongée. Nous n'avons jamais observé la réapparition des troubles après le traitement.

Enfin, son action semble efficace, non seulement contre la douleur laryngée et la toux, mais aussi contre l'ictus laryngé essentiel, comme en témoigne une des deux observations publiées par M. HALPHEN, en 1924, en collaboration avec M. le Docteur AUBIN.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent concernent toutes des malades vus et traités dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Saint-Louis, pendant les deux années que nous y avons passées, 1933 et 1934. Les quatre premières font la preuve de l'efficacité constante de l'alcoolisation du laryngé supérieur, dans le traitement des formes rebelles de névralgie laryngée. Les autres, dont nous pourrions multiplier le nombre, relatent des cas de sympathalgie laryngée, très améliorés ou complètement guéris par la sympathicothérapie.

Obs. 1. — M. M... N..., 35 ans, est vu pour la première fois en mai 1933. Il présente des crises fréquentes de coryza avec hydroporrhée nasale et larmoiement. Il se plaint d'avoir constamment « le nez bouché ». A l'examen, les cornets inférieurs se montrent très hypertrophiés et presque au contact de la cloison. Il faut les cautériser à trois reprises différentes, ce qui demande une huitaine de jours, pour leur rendre un volume normal. Au bout de ce temps, le malade nous quitte très amélioré.

Huit mois plus tard il revient consulter, cette fois pour des algies pharyngées gênant la déglutition et des

accès de toux qui surviennent dès qu'il se met à fumer. Par contre les manifestations nasales, naguère fréquentes, ont presque disparu. L'examen permet d'abord de se rendre compte de l'efficacité de la première intervention. Les cornets sont bien rétractés, la respiration nasale est redevenue satisfaisante. On voit ensuite le pharynx, puis le larynx ; il est impossible d'y reconnaître la moindre lésion. Mais on constate à la palpation que le nerf laryngé supérieur droit, à l'inverse du gauche, est sensible à son point d'immersion. On conclut à une névralgie laryngée. Les antécédents du malade semblant indiquer de la considérer comme une sympathalgie, on pratique des attouchements au Bonain du ganglion sphéno-palatin, répétés plusieurs fois de suite. Leur effet n'est pas décisif. Les troubles ne s'étant pas sensiblement modifiés, on en vient, un mois plus tard, à effectuer l'alcoolisation du nerf laryngé supérieur droit. L'injection elle-même ne donne lieu à aucune sorte d'incident. L'amélioration qu'elle entraîne est déjà manifeste le lendemain et s'accroît les jours suivants. Elle s'est maintenue deux semaines, date après laquelle nous n'avons pu continuer à suivre le malade.

Obs. 2. — M. P... M..., âgé de 38 ans, consulte en novembre 1933, parce qu'il tousse depuis plusieurs mois. Il raconte qu'il est victime d'accès de toux répétés, pénibles, assez violents pour déterminer quelquefois une petite crise de vertiges. Malgré l'âge du malade, on penserait volontiers à la coqueluche, mais l'absence de reprise au cours des quintes fait aussitôt repousser ce diagnostic. Au surplus, les réflexes faciaux sont très exagérés. Le chatouillement du conduit auditif externe fait tousser le malade, l'attouchement de la pituitaire est mal supporté, il provoque une crise de larmoiement, et une

hydrorrhée nasale abondante. Ces différents troubles font accepter le diagnostic de toux spasmodique, d'ordre sympathique. On pratique donc l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin et cependant la toux persiste, malgré 6 applications successives. Seule, l'alcoolisation du laryngé supérieur parvient à la faire céder. Un mois après l'injection, M. P... M... ne présente plus qu'un léger hémage.

Obs. 3. — Mme M... V..., âgée de 59 ans, vient consulter le 18 février 1934. D'un air découragé elle nous fait le récit de ses malheurs. Il y a 3 mois environ, elle a fait une grippe. Aussitôt après se sont installées des douleurs qui ne l'ont plus quittée depuis. Elles siègent dans la région antérieure du cou, de chaque côté du larynx, avec une prédominance très nette du côté droit. Elles irradient au dos, à l'épaule droite, mais surtout à l'oreille droite, déterminant une otalgie très vive et très pénible. Elles sont encore accrues par la déglutition à vide, par la phonation, mais ne gênent que médiocrement l'alimentation. Enfin, elles évoluent par crise quotidienne, apparaissent le matin au réveil et ne cessent que vers 2 ou 3 heures de l'après-midi. Le reste du temps, la malade ne souffre pas. A la douleur s'associent des accès de toux qui éclatent à n'importe quel moment de la journée et aboutissent en général au rejet d'une expectoration abondante et mousseuse. C'est la première fois que la malade présente de tels troubles. Auparavant, son état de santé avait toujours été satisfaisant. Mais elle est désespérée, parce que les différents traitements auxquels elle a déjà été soumise sont restés inefficaces : aspirine, fumigations, inhalations de vapeurs goménolées, potions calmantes à l'aéthone.

Guidé par le siège de la douleur, on palpe la région laryngée. On constate qu'à la pression appuyée, le la-

ryngé supérieur droit est hypersensible dans la région de la grande corne de l'os hyoïde. Cette manœuvre réveille la douleur et provoque un accès de toux. Le nerf gauche est indolore.

Le larynx est normal et les cordes vocales bien mobiles, l'examen des fosses nasales et du pharynx ne montre rien de pathologique : cependant le frôlement du porte-coton contre la cloison nasale détermine un accès de toux. On constate encore l'intégrité de l'oreille sensible, la malade d'ailleurs n'a jamais fait d'otite.

Dans ces conditions on pose le diagnostic de névralgie laryngée d'origine grippale. A cause de la violence de la douleur et de l'échec des traitements déjà employés, nous pratiquons d'emblée chez la malade l'alcoolisation du laryngé supérieur droit. Nous la revoyons le lendemain, elle nous apprend que, la veille, jusqu'à 10 heures du soir environ, elle a encore beaucoup souffert. Puis les troubles se sont atténués, la douleur a disparu, les accès de toux persistent, mais semblent plus rares.

Nous avons suivi la malade pendant 2 mois. La guérison s'est maintenue et Mme M... V... ne prête plus d'attention aux quelques accès de toux que de temps en temps elle présente encore.

Obs. 4. — Mme F... L..., âgée de 30 ans, est vue en mars 1934. Depuis un refroidissement, survenu il y a 15 jours, et marqué par un malaise général très net, elle se plaint d'une otalgie gauche continue, violente qui s'exagère encore quand elle mange ou qu'elle parle. Cette otalgie prive la malade de tout repos et l'empêche de travailler.

On examine l'oreille ; le conduit auditif est intact, le tympan est normal et bien mobile. Il n'y a pas de troubles de l'audition comme l'examen au diapason permet

de s'en rendre compte. Il n'y a pas d'otite. Il faut trouver à l'otalgie une autre origine. On la recherche dans la bouche ou le pharynx : la dentition n'est pas intacte mais son entretien est satisfaisant ; d'ailleurs, la malade n'en souffre pas et aucune dent n'est douloureuse à la percussion. Dans le pharynx, pas trace d'angine. La rhinoscopie postérieure ne montre non plus rien d'anormal dans le cavum. Enfin, le larynx paraît en bon état, sa muqueuse est saine et rosée, les mouvements phonatoires, quoique douloureux, s'effectuent correctement. Mais un signe attire l'attention : le laryngé supérieur est douloureux à gauche ; en le palpant, on réveille très nettement l'otalgie et la mobilisation en masse du larynx dans le sens transversal provoque le même résultat.

Ce cas de névrite grippale indique de pratiquer l'alcoolisation du nerf. On le fait séance tenante. L'injection est très douloureuse et mal supportée par la malade qui croit défaillir et souffre horriblement de l'oreille. Elle peut néanmoins rentrer chez elle. On la revoit le lendemain, elle n'a pas dormi de la nuit, l'otalgie est toujours vive, il existe de plus un endolorissement très marqué de la région où l'injection a été faite, on ne peut y toucher.

Mais le jour suivant un mieux très net se manifeste, tant du côté de l'oreille qu'au niveau du larynx. Quarante-huit heures plus tard, l'amélioration est décisive. Mme F... a retrouvé le repos et se prépare à reprendre son travail. Au cours des 3 mois qui suivent, on la revoit plusieurs fois ; sa guérison reste complète.

Obs. 5. — M. R... A..., âgé de 32 ans, vu en mars 1933, présente depuis un mois environ des algies pharyngées et laryngées survenues spontanément. Ce ne sont pas de véritables douleurs, c'est plutôt une sen-

sation de constriction profonde et quelquefois de brûlures dans toute la gorge qui gênent la déglutition et la parole et fait tousser. Ces troubles n'affectent pas un horaire bien déterminé. Ils surviennent le jour ou la nuit, le matin ou le soir. Leur durée est également variable, allant de quelques heures à plusieurs jours. Quelquefois près d'une semaine s'écoule sans qu'ils se manifestent.

L'examen de la gorge est difficile à pratiquer du fait de l'exagération très nette des réflexes nauséux et tus-sigènes. La luette est hypertrophiée, son extrémité libre traîne sur la langue, mais la muqueuse pharyngée, sauf son hypersensibilité, ne présente rien d'anormal. Les cornets inférieurs sont volumineux, mais ce n'est qu'une hypertrophie congestive que l'application de cocaïne atténue. Enfin, comme d'habitude, le larynx est normal.

Le traitement comporte plusieurs temps : dans une première séance, on réalise l'amputation de la luette à la pince coupante. Les suivantes sont consacrées à la cautérisation des cornets inférieurs. On termine par des attouchements au Bonain répétés de 3 en 3 jours. Dès le troisième, le malade ne souffrant plus demande que le traitement soit suspendu. La guérison obtenue dans ces conditions s'est maintenue tant qu'il nous a été donné de suivre le malade.

Obs. 6. — M. C... D..., âgé de 34 ans, consulte en mai 1933 pour une toux incessante, tenace, rebelle aux traitements usuels et que n'explique aucune lésion du larynx ou du pharynx. La palpation du laryngé supérieur la réveille, de même que le chatouillement du conduit auditif externe et l'attouchement de la pituitaire. Antérieurement à cette toux, ce malade a présenté plu-

sieurs manifestations morbides que l'on peut rattacher à un déséquilibre neuro-végétatif. Durant son adolescence, il a fait chaque année du rhume des foins. De plus, c'est un habitué des crises d'hydrorrhée nasale et des céphalées à siège occipital. Quatre anesthésies nasales, pratiquées successivement de 3 en 3 jours, améliorent très nettement tous ces symptômes.

Obs. 7. — M. L... M..., âgé de 25 ans, consulte en septembre 1933. Il vient d'avoir la grippe pendant 4 ou 5 jours ; il a présenté de la fièvre, de la rachialgie, de l'asthénie. Depuis cette atteinte, qui remonte à 3 semaines, il accuse les troubles suivants : un picotement dans l'arrière-gorge, qu'il attribue à une angine, le gêne pour parler et pour avaler. Pour la même raison, il tousse continuellement d'une toux quinteuse et sèche qui, quand elle apparaît la nuit, l'empêche absolument de dormir. M... L... ajoute que c'est la première fois qu'il connaît de tels ennuis.

L'examen de la gorge, mal commode du fait de l'excitation très nette du réflexe nauséeux, permet cependant de constater que la muqueuse pharyngée est plus rouge qu'il n'est normal : c'est une rougeur diffuse à toute la muqueuse remontant sur les piliers et le voile, couvrant les amygdales et la base de la langue. On pense à une angine catarrhale diffuse, à traiter par les gargarismes répétés. Malgré ce traitement, les troubles ont persisté lorsque le malade revient nous voir 48 heures plus tard. Et pourtant lorsqu'on l'examine, on constate que le pharynx a repris une coloration tout à fait normale. Mais il reste hypersensible. Cette hyperréflexivité n'est pas localisée au pharynx. En introduisant un porte-coton dans l'une ou l'autre des fosses nasales, on provoque un violent réflexe tussigène qui s'accompagne de

larmolement. De même, la seule introduction de l'otoscope dans l'oreille fait reprendre la toux. Il n'est pas jusqu'à la simple palpation du laryngé supérieur qui ne la provoque. Pour calmer cette si vive irritabilité, l'anesthésie au Bonain nous paraît indiquée. Et 6 attouchements, répétés de 2 en 2 jours, suffisent à faire céder la toux à peu près complètement.

Obs. 8. — M. B... M..., examiné en mars 1934, présente, depuis plusieurs semaines, un mal de gorge continu, plus marqué le matin, qui le gêne pour avaler. A plusieurs reprises, les examens de la gorge ont été pratiqués sans qu'il ait été possible de démontrer l'existence d'une angine. A notre tour, nous constatons l'intégrité, non seulement du pharynx, mais aussi du larynx. Mais il existe une déviation traumatique marquée de la cloison nasale. En introduisant un porte-coton dans la fosse nasale gauche, nous éveillons une violente quinte de toux. De plus, le conduit auditif est sensible, son seul attouchement fait tousser le malade. Enfin, et surtout, la palpation révèle que le nerf laryngé supérieur est douloureux à son point d'immersion dans le larynx. Le diagnostic de sympathalgie laryngée s'impose ; le traitement mis en œuvre le confirme. Après quatre attouchements au Bonain, pratiqués chez le malade à raison de 2 par semaine, tous les symptômes morbides observés jusque-là rétrocedent. Un mois plus tard, on revoit le malade, mais devant la persistance de la guérison on juge inutile de reprendre le traitement.

CONCLUSIONS

La névralgie laryngée est une affection mal connue dont l'étude soulève différents problèmes :

I. — L'anatomie et la physiologie montrent que le laryngé supérieur, branche du pneumo-gastrique, constitue le seul nerf sensitif du larynx. Il donne à la muqueuse de l'organe sa si vive sensibilité, tient un rôle essentiel dans le mécanisme de la toux et transporte, en outre, la plupart des fibres sympathiques destinées au larynx. Ces diverses fonctions expliquent la multiplicité des troubles que provoque son altération pathologique.

II. — Au point de vue étiologique, on peut répartir en deux groupes les différents types de névralgie laryngée : le premier renferme les cas où le laryngé supérieur est directement lésé dans ses fibres propres, par exemple par un processus infectieux tel que la grippe. A côté de ces névrites, il faut faire une place importante aux sympathalgies ou névralgies-réflexes, dues à une irritation sympathique, elle-même sous la dépendance d'une lésion organique, formant épine irritative, dont le siège est fréquemment nasal ou pharyngé.

III. — Cette distinction entre névrites et névralgies-réflexes ne saurait cependant être étendue aux faits cliniques. En effet, s'il peut exister des cas nettement différenciés, le plus souvent les deux affections se confondent, et il est impossible de déterminer avec précision en face de laquelle on se trouve.

La douleur tient par définition la première place dans la symptomatologie des névralgies laryngées ; elle affecte des types divers, mais trahit toujours son origine par l'hyper-sensibilité du nerf laryngé supérieur à la palpation. L'existence de ce dernier signe est indispensable pour poser avec certitude le diagnostic de l'affection. A la douleur peut s'associer la toux, autre symptôme d'observation fréquente et de même signification. Enfin, on doit encore comprendre, parmi les manifestations possibles de la maladie, l'ictus laryngé essentiel puisque l'irritation violente du laryngé supérieur en constitue l'un des facteurs.

Ces différents troubles sont conditionnés par un terrain spécial, un déséquilibre neuro-végétatif dont l'examen complet du malade et l'étude de ses réflexes permet d'ordinaire d'établir l'existence. Ce n'est que dans les cas où la névralgie laryngée ne fait pas sa preuve étiologique qu'elle est dite essentielle.

IV. — Le traitement devra être avant tout étiologique. Mais la cause de la maladie échappe souvent soit à l'examen clinique, soit aux moyens thérapeutiques. On peut alors recourir au traitement sédatif :

il comprend les agents physiques et les médications chimiques. C'est le traitement classique que l'on peut opposer à toutes les névralgies quel que soit leur siège. Ses effets sont inconstants, inégaux, insuffisants. On est en droit de l'essayer d'abord, mais s'il échoue, nous proposons de lui substituer des méthodes thérapeutiques dont nous avons pu, chez nos malades, apprécier les bienfaits.

La première agit directement sur le déséquilibre neuro-végétatif ; elle consiste à calmer l'irritabilité du sympathique céphalique en l'anesthésiant dans une région où ses fibres sont particulièrement riches. L'attouchement, avec un porte-coton imbibé de mélange de Bonain, de la muqueuse pituitaire au niveau du ganglion sphéno-palatin, atteint ce but. Cette méthode est inoffensive, elle est efficace ; sitôt l'anesthésie obtenue, les troubles s'atténuent. Si l'amélioration n'est que passagère on peut répéter les attouchements sans inconvénients, à condition de n'en pas pratiquer plus de 6, pour ne pas faire courir au malade les risques de l'accoutumance à la cocaïne.

La seconde méthode tire ses indications des échecs de la précédente ; elle agit sur le laryngé supérieur lui-même, en assurant sa destruction plus ou moins complète par l'alcoolisation. Chacun connaît les heureux résultats de cette méthode, dans le traitement des dysphagies d'origine laryngées. Elle nous est apparue d'un effet égal dans celui de la névralgie du la-

ryngé supérieur et nous en recommandons l'emploi contre n'importe laquelle des manifestations cliniques de l'affection dans tous les cas où d'autres traitements auraient échoué.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
F. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Névralgie faciale (*Journal Médical Français*, juin 1933).
- AZÉMAR. — Bases anatomo-physiologiques d'innervation vaso-motrice (*Revue de Laryngologie*, mai 1933).
- BENCIOLINI. — Physiologie du système nerveux sympathique (octobre 1931)
- BILANCIONI et TARANTELLI. — Laringe e simpatiche. Nota preliminare sull'innervazione simpatiche delle laringe (*Arch. ital. di otol.*, Turino, 1922).
- BOURGEOIS (H.). — Névralgie laryngée (*Nouveau Traité de Médecine de Roger, Vidal et Teissier*, volume XI, page 147).
- CAZEJUST. — Recherches sur la topographie du laryngé supérieur aux lieux d'élection de sa névrotomie (*Revue de Laryngologie*, Paris, 1922).
- CHAVANY et WELTI. — La névralgie du glosso-pharyngien, sa symptomatologie et son traitement (*Presse Médicale*, 25 juin 1932).
- CHEVRIER et CAUZARD. — L'analgésie et l'anesthésie régionales du larynx par cocaïnisation des nerfs laryngés supérieur et inférieur (Paris, 1907).
- FREY (de Berne). — Sur l'anesthésie régionale du larynx (*Archives de laryngologie et rhinologie*, Berlin, 1906).
- GIGNOUX. — Innervation sensitive du larynx (*Archives internationales de laryngologie*, Paris, 1913).

HALPHEN (E.). — La névralgie du laryngé supérieur (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, janvier 1927).

— De l'anesthésie du nerf laryngé supérieur appliquée au traitement de certaines toux spasmodiques (*Revue de Laryngologie*, D. E. J. Moure, novembre 1921).

— De la névralgie du laryngé supérieur comme complication de l'épidémie actuelle de grippe (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, février 1924)

— Algies du laryngé supérieur et toux spasmodique d'origine sympathique (*Revue d'oto-neuro-oculistique*, avril 1925).

HALPHEN (E.) et AUBIN (A.). — Ictus laryngé essentiel et son traitement par l'anesthésie du laryngé supérieur. (*Archives Internationales de Laryngologie*, octobre 1924, page 926).

HOVELACQUE (A.). — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système grand sympathique chez l'homme. (Doin, édit., Paris).

LEPRINCE. — Traité de réflexothérapie (Paris, 1924).

LANNOIS, LERMOYEZ, LAURENS (G.). — Précis d'oto-rhinolaryngologie (Paris, 1931).

LEVY et BAUDOIN. — Les névralgies et leur traitement (*Presse Médicale*, février 1906. *Société de Neurologie*, avril 1906. *Bulletin Médical*, février 1908).

LEVY (Max). — Névralgie du nerf laryngé supérieur (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1923).

MALHERBE. — Traitement des maladies du larynx dans la pratique courante (*Bulletin Médical*, Paris, 1919).

PAUL-BONCOUR. — Méthodes anesthésiantes ou analgésiantes employées contre la dysphagie des tuberculeux laryngés et en particulier les injections d'alcool dans le nerf laryngé supérieur (Paris, 1912).

PINART (A.). — De l'ictus laryngé des bronchitiques (Paris, 1920).

SOMER (de). — Recherches sur la double variation qui apparaît dans le larynx sous l'influence de l'excitation du vago-sympathique chez le chien (*Compte rendu de la Société de Biologie*, 1923).

TERRACOL. — Innervation vaso-motrice du larynx (*Annales d'oto-rhino-laryngologie*, novembre 1932).

— Névralgie du glosso-pharyngien (*Revue d'oto-neuro-oculistique*, mars 1933).



BOÏC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



